



CC

(Condizioni complementari)

Visana Assicurazioni SA

Valide dal 2004

Assicurazione complementare (LCA)
per indennità giornaliera di cura

Assicurazione complementare per indennità giornaliera di cura

Queste condizioni complementari sono parte integrante del contratto d'assicurazione. Si rinviano esplicitamente le parti contraenti alle condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni malattie complementari secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA).

1. Generalità

1.1 Cosa si può assicurare?

Si possono assicurare indennità giornaliera di cura per costi non coperti in caso di degenze stazionarie in istituti e reparti ospedalieri per malati cronici e per persone bisognose di assistenza sanitaria.

1.2 Quali varianti potete stipulare?

Si possono assicurare indennità giornaliere di cura per i seguenti importi:

- Indennità di cura minima al giorno: CHF 15. —
- Indennità di cura supplementare in gradi di CHF 5. —
- Indennità di cura massima al giorno: CHF 200. —

1.3 C'è un periodo d'attesa?

È fissato un periodo d'attesa di 730 giorni.

1.4 È limitata la durata delle prestazioni?

L'indennità giornaliera di cura è corrisposta per un tempo limitato. La durata delle prestazioni è di al massimo 3650 giorni.

1.5 Quali premesse devono essere soddisfatte?

Le prestazioni dell'assicurazione per indennità giornaliera di cura vengono corrisposte per i costi di alloggio, vitto e trattamento in istituti e reparti ospedalieri adeguati alla degenza di malati cronici e di persone bisognose di assistenza sanitaria, riconosciuti secondo la pianificazione cantonale degli ospedali e delle case medicalizzate. Le prestazioni premettono l'indicazione medica per il trattamento stazionario e l'assistenza sanitaria, come pure il bisogno regolare di prestazioni della cura medica e dell'assistenza di base ai sensi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'indicazione medica è data quando la diagnosi e la totalità dei provvedimenti necessari giustificano la degenza stazionaria in un istituto o in un reparto ospedaliero adeguato per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria. Le prestazioni sono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I costi coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, come pure le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non sono coperti dall'assicurazione per indennità di cura, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia stata stipulata o meno. Si rimborsano in ogni caso al massimo i costi effettivi.

2. Volume delle prestazioni

2.1 Cosa è assicurato?

L'indennità giornaliera di cura assicurata è corrisposta dopo decorrenza del periodo d'attesa di 730 giorni. Il periodo d'attesa comincia a decorrere dall'inizio delle degenze stazionarie in un istituto o in un reparto ospedaliero riconosciuto per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria. Il periodo d'attesa è calcolato una volta per caso. Se dopo un'interruzione si verifica il rientro in un istituto o in un reparto ospedaliero per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria (ricaduta), la parte del periodo d'attesa trascorsa e le prestazioni già corrisposte vengono dedotte se la ricaduta ha luogo entro 365 giorni. Per quanto riguarda la durata delle prestazioni ed il periodo d'attesa, una nuova degenza in un istituto o in un reparto ospedaliero per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria è considerata quale nuovo caso d'assicurazione, se l'ultima degenza in un istituto o in un reparto ospedaliero per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria rimonta ad oltre 365 giorni prima.

L'indennità giornaliera di cura è corrisposta al massimo per 3650 giorni. Le eventuali riduzioni dell'indennità giornaliera di cura non provocano il prolungamento della durata delle prestazioni. Dopo esaurimento della durata delle prestazioni l'assicurazione per indennità giornaliera di cura si estingue.

Le prestazioni sono corrisposte esclusivamente per le degenze in istituti o reparti ospedalieri per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria.

2.2 Quali doveri avete ai fini dell'accertamento del diritto alle prestazioni?

Siete tenuti ad annunciare il vostro diritto alle prestazioni assicurative entro una settimana dalla scadenza del periodo d'attesa.

2.3 Il diritto alle prestazioni può cadere in prescrizione?

La Visana Assicurazioni SA non corrisponde prestazioni se il diritto alle stesse viene fatto valere dopo due anni dalla scadenza del periodo d'attesa.

3. Disposizioni particolari

3.1 Cosa succede in caso d'introduzione di un'assicurazione obbligatoria di assistenza sanitaria?

In caso d'introduzione di un'assicurazione obbligatoria di assistenza sanitaria le prestazioni dell'assicurazione per indennità giornaliera di cura saranno corrisposte soltanto a complemento delle prestazioni derivanti dall'assicurazione obbligatoria.

3.2 L'assicurazione può essere sospesa?

In deroga alla cifra 4.9 delle CGA per le assicurazioni complementari secondo LCA, l'assicurazione per indennità giornaliera di cura non può essere sospesa.

3.3 In caso di disdetta dell'assicurazione per indennità giornaliera di cura da parte della persona assicurata, questa può far valere il diritto al capitale di copertura costituito?

Una parte del premio incassato dalla Visana Assicurazioni SA è impiegata per la costituzione di un capitale di copertura. Lo stesso serve a garantire le prestazioni in età avanzata. In caso di uscita volontaria dall'assicurazione per indennità giornaliera di cura o in caso di decesso non c'è nessun diritto al capitale di copertura costituito.

Visana Assicurazioni SA

Thunstrasse 162
casella postale
3074 Muri/BE

Per ulteriori informazioni:

tel. 031 357 91 11
fax 031 357 96 22

www.visana.ch